

76
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° 299

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

M^{LE} RENÉE ESPINOSA

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Née à Paris, le 9 Décembre 1904

Physiothérapie du Lichen Plan

LES CONCLUSIONS PATHOGÉNIQUES

QUE L'ON EN PEUT TIRER

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1929

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

M^{LLE} RENÉE ESPINOSA

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Née à Paris le 9 Décembre 1904

Physiothérapie du Lichen Plan

LES CONCLUSIONS PATHOGÉNIQUES

QUE L'ON EN PEUT TIRER

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1929

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale.	N...
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÖEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.	LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LEROUX	Anatomie pathologique.
BINET	Physiologie.	LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.	LIAN	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.
CHABROL	Pathologie médicale.	METZGER	Obstétrique.
CHIRAY	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgicale.
CLERC	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
DEBRÉ	Hygiène.	MULON	Histologie.
DOGNON	Physique.	OBERLING	Anatomie pathologique.
DONZELOT	Pathologie médicale.	OLIVIER	Anatomie.
DUVOIR	Médecine légale.	PHILIBERT	Bactériologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	RICHT Fils	Physiologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.	SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.	VALLERY-RADOT	(Pasteur) Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HARVIER	Pathologie médicale.	VELTER	Ophthalmologie.
HEITZ-BOYER	Urologie.	VERNE	Histologie.
HOVELACQUE	Anatomie.		
HUTINEL	Pathologie médicale.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	REITTERER	Histologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.]
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 2 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

PROFESSEUR DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIKES
MÉDECIN DE L'HOPITAL ST-LOUIS

*Nous le remercions du très grand hon-
neur qu'il a bien voulu nous faire,
et l'assurons de notre respectueuse
gratitude.*

A M. LE DOCTEUR LOUSTE

MÉDECIN DE L'HOPITAL ST-LOUIS

*Qui a bien voulu nous aider de ses
conseils, nous adressons nos res-
pectueux remerciements.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR LEJARS (1923-24)

M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD (1924)

M. LE DOCTEUR BENSAUDE (1924-25)

Externat

M. LE DOCTEUR BRÉCHOT (1925)

M. LE DOCTEUR BRODIN (janvier 26 juillet 26)

M. LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND 1927

M. LE DOCTEUR LOUSTE (juillet 26-janvier 27)
(1928).

M. LE DOCTEUR ANDRÉ RICHARD (1929).

En témoignage de ma grande et respectueuse amitié, de ma profonde gratitude.

A MES CONFÉRENCIERS D'EXTERNAT ET D'INTERNAT :

M. LE DOCTEUR GUEULLETTE, PROSECTEUR CHEF DE
CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

M. LE DOCTEUR LAMBLING, CHEF DE CLINIQUE DE LA
FACULTÉ.

M. LE DOCTEUR AMELINE, PROSECTEUR CHEF DE CLINIQUE
DE LA FACULTÉ.

M. LE DOCTEUR KOURILSKY, CHEF DE CLINIQUE DE
LA FACULTÉ.

A M. LE DOCTEUR JUSTER

*Qui nous a fourni les éléments de ce
travail, nos très sincères remer-
ciements.*

Introduction

Le lichen plan, affection chronique, récidivante, le plus souvent localisée et bénigne, peut devenir décevante par sa ténacité, son extension, ses récides.

Aussi a-t-on employé de nombreuses méthodes thérapeutiques. Soit externes : ce sont tous les médicaments réducteurs sous forme de pommades, de lotions soufrées, cadiques, ichtyolées, mercurielles. Soit internes, dominées par l'arsenic.

Dans nombre de cas, le lichen plan résiste à tous ces traitements. Il était logique alors d'utiliser les thérapeutiques nouvelles. Soit localement : la haute fréquence, les rayons U. V. Soit à distance : R. U. V. en bains généraux, R. X. sur la moelle, les ganglions nerveux, les nerfs. Ce dernier mode expliqué par ce fait que le lichen plan, lésion de la peau, peut, vraisemblablement, être considéré comme une réaction cutanée à un trouble nerveux dont la cause première nous échappe.

Nous avons pu recueillir les observations de plusieurs malades traités par la roentgenthérapie et l'ac-

tiinothérapie, sous la direction du docteur Juster, dans le service du docteur Louste, notre maître.

Nous avons tenté d'étudier, ici, les éclaircissements que cette nouvelle thérapeutique apporte à la pathogénie si obscure du lichen plan.

Étude Clinique

Le lichen plan, lichen de Wilson, est une dermatose caractérisée par un élément éruptif typique : c'est une papule, mesurant environ 3 millimètres de diamètre, très nettement limitée, de contour polygonal, aplatie, quelquefois ombiliquée, d'aspect néoplasique, de consistance dure. Sa coloration varie du rose jaune au bistre franc ou au rouge violacé. Enfin, caractère essentiel, la surface de cette papule est lisse et brillante (propriété que l'on met facilement en évidence, même sur les éléments jeunes, en faisant varier l'incidence de la lumière). Un examen plus attentif permet de constater sur ce fond brillant la présence d'un fin réseau opalin, blanc gris, formé de stries et de ponctuations, qui a été bien décrit par Wickhâm. Tel se présente l'élément adulte.

L'élément naissant, d'emblée papuleux, est punctiforme, rose clair, déjà brillant. Après quelques jours, il revêt l'aspect que nous avons décrit. Au début, les papules restent isolées; puis, se multipliant, elles confluent en nappes ou en plaques atteignant 1 centimètre de diamètre, rondes ou ovalaires, à bords irréguliers, un peu épais, de couleur rouge, bistre ou

brune, recouvertes de très fines squames, peu visibles, extrêmement adhérentes, mises en évidence, par un léger grattage, sous forme d'une raie farineuse. Lorsqu'elles n'existent pas, on peut voir le réseau blanchâtre, nettement dessiné, et figurant, avec ses stries arborisées et ses ponctuations, des branches de gui (Brocq). Les plaques très étendues, où les éléments sont particulièrement confluent, sont quadrillées par des hachures qui leur donnent un aspect en mosaïque caractéristique. A la périphérie, on voit les éléments constitutifs sous forme de petites papules isolées.

La coexistence de troubles pigmentaires est fréquente : le centre des nappes étant presque complètement achromique, alors que le pourtour est brun noir.

Le siège d'élection est la face antérieure des poignets, où on recherchera toujours systématiquement les papules. Elles sont également fréquentes aux avant-bras, aux jambes et à la partie inférieure de l'abdomen. Elles peuvent occuper toutes les régions du corps, mais sont, cependant, extrêmement rares, à la face, au cuir chevelu et aux régions palmo-plantaires, où elles revêtent des aspects très particuliers.

Au cuir chevelu, ce sont des plaques rouges grises, très étendues, à bords un peu saillants, à centre affaissé, couvertes de squames blanchâtres, très adhérentes. A leur niveau, on constate une alopecie partielle ou totale, qui, temporaire le plus souvent, peut être quelquefois définitive.

A la plante des pieds, et à la paume des mains, le lichen se manifeste par des lésions d'aspect vésiculeux. Mais ces pseudo-vésicules d'un blanc jaunâtre, du volume, au début, d'une tête d'épingle, ne contiennent aucun liquide. Ce sont, simplement, des soulèvements épidermiques. Elles confluent, puis l'épiderme se détache, soit par petits lambeaux, soit en masse, laissant à nu une surface rouge entourée d'une zone cornée jaunâtre d'épiderme en desquamation.

Lorsque chaque élément desquame isolément, il prend l'aspect d'une sorte de petit puits; donnant à la région un aspect criblé caractéristique.

Dans des cas très rares, les lésions se localisent aux orifices des glandes sudoripares, qui, dilatés, entourés d'une zone d'hyperkératose, prennent les caractères de toute porokératose.

Le lichen des muqueuses est intéressant surtout dans sa forme buccale. Cependant, il faut savoir qu'il peut siéger : à la vulve, à l'anus, plus souvent à la face interne du prépuce et au gland, où il se dispose en anneaux. Les papules sont groupées en « collier de perles » formant des cercles complets (lichen annulatus) ou des arcades (lichen marginatus) à centre atrophique, pigmenté. Cette disposition annulaire peut se rencontrer ailleurs qu'aux organes génitaux : aux plis articulaires, coudes et genoux, en particulier.

Le lichen buccal, extrêmement fréquent, doit être bien connu pour éviter les confusions avec

les leucoplasies banales ou syphilitiques. Il peut être isolé, ou concomitant à un lichen de la peau, qu'il l'ait précédé ou qu'il soit survenu au cours de son évolution. Presque toujours ignoré des malades, du fait de son indolence, il demande à être recherché chez tous les individus porteurs de papules lichéniennes.

Le lichen plan de la face interne des joues, le plus fréquent, siège, généralement, au niveau de l'interligne dentaire, au voisinage des dernières molaires, uni ou bilatéralement. Il débute par des ponctuations blanches, bien visibles sur le fond rose vif de la muqueuse normale. Bientôt, ce sont de véritables taches blanc bleuâtre, qui se disposent en anneaux ou en réseaux de stries irrégulières qui brident un peu la muqueuse, et présentent de petites nodosités. L'ensemble rappelle, tout à fait, l'aspect strié des lésions cutanées.

Sur la langue, le lichen siège à la face dorsale et aux bords, très rarement à la face inférieure. On constate soit la présence de plaques d'un blanc mat (moins nacrées que la leucoplasie Σ) à bords irréguliers, de dimensions variables ; soit des traînées en réseaux, donnant l'aspect dit « en feuille de fougère ». La muqueuse est scléreuse, rouge gris ; les papules sont atrophiées en partie, quelquefois elles ont complètement disparu.

Ces lésions sont, le plus souvent, complètement indolentes. A peine si, parfois, le malade perçoit, à leur niveau, un léger picotement.

Il n'en est pas de même du lichen cutané qui s'accompagne, presque toujours, de *prurit*. Celui-ci entraîne le grattage, et sur le grattage apparaissent de nouvelles papules, qu'on voit, quelquefois, se disposer en suivant le trajet des ongles. Ce prurit, exceptionnellement absent, est très variable dans son intensité et dans ses modes d'apparition. Tantôt c'est une sensation constante de chatouillement, de picotement ; tantôt, au contraire, ce sont des paroxysmes extrêmement violents, qui déterminent des insomnies, de l'agitation, de la céphalée. Ces troubles sont également en rapport avec une instabilité nerveuse, fréquente chez ces malades, dont Brocq a dit : « Ce sont, pour la plupart, des névropathes, et leur dermatose subit, au premier chef, l'influence de l'état de leur système nerveux ».

Le lichen plan évolue, rarement, rapidement. Cependant, on a pu décrire une forme aiguë dans laquelle les papules recouvrent, en quelques jours, toute la surface du corps. Elles sont rouge vif, globuleuses, presque hémisphériques et peu brillantes. Sur les flancs, on peut trouver quelques éléments plus petits, acuminés. Bientôt, ils confluent en vastes nappes rouges, couvertes de squames. Et, au stade ultime, il s'agit d'une véritable dermatite exfoliatrice.

Habituellement, l'évolution, lente, se chiffre par mois et même par années. L'éruption, apparue insidieusement, se généralise en quelques semaines et persiste sans changement. A l'occasion de surmena-

ge, de choc nerveux (semble-t-il), on voit apparaître de nouvelles poussées : papules jeunes sur des territoires jusque là indemnes, réveil du prurit.

Au bout de 3, 4 mois, dans les formes moyennes, les papules s'affaissent ; laissant, soit une dépression cicatricielle blanchâtre, soit une macule brune très durable. La restitution ad integrum n'est pas constante, en tout cas toujours tardive.

Le *pronostic* est bénin, sauf s'il coexiste des lésions rénales ou nerveuses.

A côté de la dermatose, bien définie, dont nous venons de rappeler les caractères, il existe des éruptions qui ont été rattachées au lichen plan, légitimement ou non.

Le lichen acuminatus est une variété dans laquelle, à côté des papules types, on constate la présence de papules acuminées. Si ces derniers éléments sont seuls, ils s'agit alors vraisemblablement de pityriasis rubra pilaire.

Le lichen obtusus se caractérise par de grosses papules rose brun, prurigineuses, souvent confluentes et fréquentes surtout à la face antérieure des jambes, n'ayant que bien peu de rapport avec la papule type du lichen plan. Dans la variété décrite par Unna les élevures sont violacées et non squameuses. Le lichen ruber monoliformis de Kaposi est individualisé par la disposition en chapelet de ses papules.

Dans le lichen corné hypertrophique, fréquent surtout à la face antérieure des jambes, on constate

la présence de grosses masses verruqueuses, recouvertes de substance cornée très adhérente, la base est rouge violacée. Le prurit est, généralement, intense.

Dans le *lichen plan atrophique*, véritable lichen plan, les papules, typiques d'abord, s'affaissent, à leur centre ; puis, s'étendant à la périphérie et se fusionnant avec les autres, elles limitent des taches blanches, nacrées, d'aspect cicatriciel. Cette surface arrondie est criblée de **dépressions punctiformes** entourées de saillies épidermiques. Peu à peu les papules périphériques disparaissent, mais la macule blanche, cicatricielle, persiste, indélébile.

Toutes ces formes (rares d'ailleurs), à gros éléments ou à lésions atypiques, sont, en général, d'un *diagnostic* relativement aisé. Il n'en est pas de même du lichen de Wilson, que peut simuler, d'assez près le prurigo circonscrit, des formes d'eczéma prurigineux des enfants à papules brillantes. Les syphilides papuleuses (erreur fréquente de diagnostic) sont nettement différentes : elles ne sont ni brillantes, ni polygonales, ni prurigineuses ; leurs squames, très apparentes, sont disposées soit au centre, soit à la périphérie où elles constituent la collerette de Bielt.

Il faut surtout savoir bien distinguer un lichen vrai d'une lichénisation secondaire. Dans ce cas, il n'y a pas de papule nette. Il s'agit d'un placard à contours diffus, d'aspect brillant (mais ce sont des facettes et non pas des papules qui ont ce caractère) ne présentant pas de stries opalines.

Dans tous les cas douteux il faut rechercher l'élément type, la papule, isolée, petite, brillante, d'aspect néoplasique, donnant, au grattage, quelques éléments de purpura à la périphérie.

Thérapeutique médicamenteuse

La thérapeutique du lichen plan s'est considérablement modifiée avec les différentes hypothèses pathogéniques admises. Cependant, on a toujours reconnu l'importance d'un traitement général chez ces malades, névropathes pour la plupart. Traitement sédatif qui doit agir sur le nervosisme et sur le prurit.

Le régime alimentaire est variable suivant les auteurs. Certains conseillent de recommander au malade les aliments qui lui plaisent. D'autres proscrivent sévèrement toutes les substances excitantes (thé, café, alcool, etc...) fermentées (fromage, gibier, conserves), ou simplement de digestion lente; c'est le régime de toutes les dermatoses congestives ou prurigineuses. Dans les formes graves, le régime, lacté complet, ou végétarien déchloruré a été indiqué.

Il semble qu'une bonne hygiène alimentaire soit suffisante : aliments pris en petite quantité, mâchés longuement, peu de liquide.

L'hydrothérapie sous forme de grands bains, de douches tièdes « en pluie », semble avoir donné de bons résultats.

Les *cures thermales* (Néris, La Bourboule, Sail) agissent moins par leurs eaux sulfureuses et arsenicales, que parce qu'elles se prêtent à une cure de repos, de désintoxication morale.

Toutes les *médications calmantes* : bromure, valériane, antipyrine, aux doses habituelles, trouvent, ici, leurs indications.

Ces différents modes de traitement agissent sur l'état général et sur le prurit qu'on peut, d'ailleurs, influencer plus directement par des applications locales de *préparations anti-prurigineuses*.

Les pommades anesthésiques à la cocaïne, au chloral, ont une action presque nulle.

Les lotions à base de vinaigre ou de produits caustiques tels que : acides phénique et salicylique, menthol, thymol, produisent après une sensation de fraîcheur agréable, un gonflement des tissus, avec rougeur, irritation, très pénible.

Il est préférable d'employer les corps gras : axonge fraîche, huile de foie de morue, lait de sapolan. Les préparations aux goudrons, en particulier à l'huile de cade, sont excellentes. Soit huile de cade pure, ou, mieux, sous forme de collosol.

Après avoir soulagé le malade, on a voulu faire disparaître la lésion cutanée. Pour cela tous les *réducteurs* sont employés. En particulier ceux à base de mercure tels que : la pommade à l'oxyde jaune, la pommade au calomel au 1/10, l'emplâtre de Vigo, que l'on remplace, s'il est mal toléré, par l'emplâtre de Vidal. Les lotions au sublimé au 1/1,000 ont été

préconisées. Les préparations à la chrysarobine étant trop irritantes, on leur préfère les pâtes cadiques soufrées, les pâtes soufrées ichtyolées. L'huile de cade, sous toutes ses formes, est le médicament de choix puisqu'il est, à la fois, réducteur et anti-prurigineux.

Le lichen buccal résistant à tous ces traitements est justiciable du permanganate de potasse en solutions fortes (Hallopeau).

Cette thérapeutique symptomatique, insuffisante et, parfois, dangereuse (fréquence des dermatites médicamenteuses) fut, peu à peu, supplantée, et presque totalement, par une médication considérée, d'abord, comme spécifique : l'arsenic.

L'arsenic est donné dans toutes les dermatoses chroniques ; avec un résultat heureux, dans quelques-unes parmi lesquelles le lichen plan. Récemment, encore, on a publié de nombreux cas de guérison par l'acétylarsan.

Dans une première période, c'est à l'arsenic métalloïdique que l'on eut recours. Sous forme de liqueur de Fowler, d'arséniate de soude (4 mmg. par jour, au début, augmenter de 2 mmg. jusqu'à 12 ou 15 mmg., redescendre à 4 mmg), d'arsénite de potasse, dont on injecte 5 à 12 mmg. par jour.

Souvent on n'atteint pas de telles quantités d'arsenic, et le traitement est insuffisant. Aux doses élevées, seules efficaces, l'arsenicisme est fréquent : il se traduit par des troubles digestifs, des crampes et fourmillements, de l'hyperkératose palmo-plan-

taire et des troubles de la pigmentation : coloration brun noir, persistante, des papules, mélanodermie. Enfin, dans les formes lentes de lichen plan, il n'est pas rare de voir survenir des poussées aiguës à la suite de l'administration d'arsenic. De même ordre, sont les généralisations brusques d'un lichen limité, buccal par exemple.

Les inconvénients de la médication arsénicale, sous sa forme métalloïdique, étaient donc grands. Mais, dans une deuxième période, on vit apparaître l'arsenic organique, moins toxique et plus maniable.

On oublie trop, aujourd'hui, que Danlos utilisa, à dosé progressive, jusqu'à 0 gr. 70 de cacodylate, par jour chez des psoriasiques. Jeanselme en prescrit, actuellement, 10 injections de 1 gr. 50.

Les arsénobenzènes, plus actifs, sont parfois dangereux (fréquence des érythèmes). Le novarsénobenzol se prescrit à doses progressives de 0 gr. 15 à 0 gr. 75, une injection intra-veineuse par semaine. Pour Hudelo, il ne serait pas nécessaire de dépasser 0 gr. 60. Après une ou deux séries (séparées par un intervalle d'un mois) on constate, généralement, une amélioration très nette, parfois la guérison : sauf, cependant, dans les cas de lichen buccal, beaucoup plus résistant.

Mais les injections intra-veineuses de novar ne constituent pas une médication à la portée de tous. De plus, il semble peu logique de soumettre des malades atteints d'une affection assez bénigne, chronique et récidivante, à un traitement pénible, assez brutal, et, parfois, dangereux.

Le tréparsol et le stovarsol ont été employés aussi. Aucun n'a donné les bons résultats obtenus avec le dernier venu des arsenicaux : l'*acétylarsan*. Peu toxique, riche en arsenic, il est, généralement, très bien toléré. On l'administre, sous forme d'injections intra-musculaires ; 12 injections de 3 cc. à 5 ou 6 jours d'intervalle. Après un repos d'un mois, on reprend une série de 7 injections. Le prurit cesse rapidement (5° à 6° piqure), les éléments s'effacent, laissant beaucoup moins de trace qu'aucun autre des arsenicaux. Le lichen buccal même est très favorablement influencé. D'après Audry, et de nombreux auteurs, c'est là le médicament de choix du L. P.

Les arsenicaux n'ont pas été seuls employés dans ces essais de traitement du lichen plan par des médications internes.

Carle rapporte deux guérisons par le bismuth : iodo-bismuthate de quinine et hydroxyde de Bi. Mais il s'agissait de malades par ailleurs syphilitiques.

Sabouraud a employé le salicylarsinate de Hg en injections intra-musculaires, avec d'assez bons résultats. Il semble bien que le mercure n'agisse pas ici spécifiquement, mais en produisant un choc (Louste).

Le bromure de sodium améliore certains cas de L. P. On injecte dans les veines 3 à 5 cc. d'une solution à 10 %, puis 10 cc. les fois suivantes (10 à 15 fois, tous les 2 jours) (méthode Lébédjev). Le prurit dis-

paraît vite, les éléments s'affaissent en 1 mois $\frac{1}{2}$, laissant une légère pigmentation. L'évolution continue à être favorable après la cessation du traitement, qui ne présente aucun inconvénient.

Ravaut et Thibierge ont mis en valeur un mode de traitement tout à fait différent : la *ponction lombaire*. La soustraction de 6 à 8 cc. de liquide céphalo-rachidien suffit à faire disparaître, en quelques heures, le prurit ; puis les papules s'effacent en trois ou quatre jours. Si le résultat est négatif, ou si une récurrence se produit, il ne faut pas hésiter à pratiquer une nouvelle ponction, trois ou quatre seront parfois nécessaires, à huit ou dix jours d'intervalle. Mais c'est un traitement délicat à appliquer. Beaucoup de médecins hésitent à le faire et nombre de malades le supportent mal.

L'Électrothérapie

L'électrothérapie a été employée dans la cure du lichen plan sous de nombreuses formes. L'usage des bains statiques est complètement périmé. On soumet encore, quelquefois, les placards très épais, infiltrés, extrêmement prurigineux, aux effluves de haute fréquence ou à la radiothérapie locale. Mais, depuis quelques années, le traitement de choix est la radiothérapie à distance, sur le système nerveux. Dans le service du docteur Louste, nous y avons vu associer des applications de rayons ultra-violets qui donnent d'excellents résultats.

RADIOTHÉRAPIE

RADIOTHÉRAPIE PROFONDE.

C'est en janvier 1924 que Pautrier essaya, pour la première fois, la radiothérapie médullaire dans un cas de lichen plan. Il fit cette tentative en se basant sur la possibilité du rôle éventuel du système nerveux dans la pathogénie du lichen, démontré, pour lui, par un certain nombre de faits : La prédomi-

nance des névropathes parmi les sujets atteints de lichen. La fréquence de l'apparition de l'éruption ou d'une recrudescence, à la suite de chocs nerveux, d'émotions. Les caractères du prurit. Les bons résultats obtenus par la ponction lombaire. Trouvant, par ailleurs, toutes les autres thérapeutiques insuffisantes et, parfois même, nocives, il tenta l'irradiation de la moelle.

Sur un malade porteur d'un lichen généralisé, d'autant de quinze jours, il fit deux séances à trois jours d'intervalle. La colonne vertébrale, de la première dorsale à la cinquième lombaire, est divisée en cinq champs qui reçoivent chacun 4 H. filtrés sur 5 mm. d'aluminium, l'ampoule étant perpendiculaire à la colonne vertébrale. En dix jours, le prurit avait disparu, les lésions pâlissaient, s'effaçaient, et la guérison était totale au bout d'un mois.

A la même époque (février 1924), Hufschmitt traita également plusieurs malades par la radiothérapie, persuadé aussi de l'intervention du système nerveux, en particulier dans les formes linéaires, zoniformes et symétriques du lichen plan. Impressionné, d'autre part, par les travaux de Thibierge et Ravaut, qui avaient découvert dans le liquide céphalo-rachidien des lichéniens des altérations témoignant d'une inflammation des méninges médullaire ou radiculaire ; s'inspirant de la méthode de Bordier dans son traitement de la polyomyélite antérieure, Hufschmitt pratiqua l'irradiation oblique de la moelle.

La colonne vertébrale, de la cinquième cervicale à la première lombaire, est divisée en 4 ou 5 champs de 12 cm², médians et para-médians. Le faisceau de R. X. arrive obliquement de part et d'autre de la ligne médiane. Chaque champ reçoit 3 H filtrés sur 5 mm. d'aluminium.

Hufschmitt traita deux malades de cette façon. Le premier fut guéri après deux séances faites à quinze jours d'intervalle. Mais il présenta des troubles assez considérables : céphalée, asthénie, vomissements, vertiges, dont l'ensemble constitue le mal des rayons.

Le second fit, quelques jours après la séance, une généralisation de son lichen, avec transformation des éléments qui devinrent congestifs, confluent. Le tout faisant craindre une érythrodermie exfoliante. Mais l'éruption céda au traitement externe et le lichen ne réapparut pas.

En mai 1924, Pautrier présente un nouveau malade qui n'a été aucunement amélioré par une dose de 2 H filtrés sur 5 mm. Al. Un nouvel essai, sur un autre sujet, dans les mêmes conditions de traitement, aboutit aussi à un échec.

Pautrier modifie alors sa technique. Il adopte celle de Bordier, déjà transposée par Hufschmitt, de la polyomyélite au lichen plan. C'est la méthode des irradiations latérales. On évite ainsi l'absorption des radiations par la grosse masse des apophyses épineuses, on aborde la moelle par les lames vertébrales, beaucoup moins épaisses. Pour cela, l'am-

poule est inclinée à 45° . C'est le procédé des feux croisés.

La colonne vertébrale est divisée en huit champs, quatre de chaque côté. Chacun reçoit 3 H filtrés sur 5 mm. Al.

Avec cette méthode, Pautrier guérit les deux malades, résistant au premier traitement. Il leur fit subir deux séances, à deux jours d'intervalle, une pour chaque côté.

Un cas de lichen plan généralisé, intense, extrêmement tenace, avec lésions buccales, datant de 10 mois, fut traité de la même façon (la colonne cervicale avait été irradiée également). La guérison fut constatée, persistante, après 2 mois.

Cette radiothérapie médullaire, profonde, préconisée par Pautrier et l'école de Strasbourg, n'est pas la seule employée dans le lichen plan.

R. SUPERFICIELLE. — Gouin a décrit et mis au point une autre méthode : la radiothérapie superficielle, qui agirait sur le sympathique.

En mai 1919, Gouin traite une malade pour un lichen plan, généralisé, très prurigineux, ayant débuté au dos. Par analogie avec le traitement des verrues planes, il irradie la région où étaient apparues les premières lésions, c'était la région inter-scapulo-vertébrale. Vingt-quatre heures après la séance de radiothérapie, le prurit avait disparu. Les lésions s'affaissent, et, après trois semaines, la guérison est complète.

En novembre 1919, Gouin essaye le même traite-

ment sur une nouvelle malade. La plage du début est, cette fois, la région sternale, qui est irradiée, mais sans résultat. L'éruption continue à confluer. Un mois après, on tente une irradiation de la région inter-scapulo-vertébrale. En deux jours, le prurit disparaît, en 3 semaines la malade est guérie.

Dès lors, il continue et traite 10 malades avec succès.

La technique employée est la suivante : 5 H, sans filtre, sans localisateur, sur la région inter-scapulo-vertébrale, au niveau des 4° et 5° dorsales. Quand les papules sont nombreuses, surtout aux parties inférieures du corps, on irradie aussi la région lombo-sacrée. Les 5 H en 8' à 8' $\frac{1}{2}$, l'anti-cathode étant à 16 cm. de la peau, étincelle équivalente 12 cm.

Goüin donne ainsi les résultats obtenus avec sa méthode : dans les 24 heures qui suivent la séance, après la 7° ou 8° heure, il se produit une crise de prurit qui dure 2 ou 3 heures, et une exacerbation de l'éruption (sorte de réaction de Herxheimer, dit-il), qui devient surtout plus congestive. Par la suite, le prurit ne revient plus ; les éléments deviennent maculeux ; se foncent (violacés), puis s'atténuent. Au bout d'un mois, il ne reste plus qu'une légère pigmentation ou une macule cicatricielle déprimée. Les éléments semblent disparaître d'autant plus vite qu'ils sont plus jeunes. Le lichen buccal semble peu influencé.

En juin 1927, Goüin précise sa technique de la façon suivante, il emploie : crédence Gaiffé n° 2, tu-

bé Chabaud. 12 cm. EE. Dose 5 H. Filtre nul. Localisation, 2 champs :

1 champ principal : dorsal supérieur (inter-scapulo-vertébral). D⁴ au centre.

1 champ accessoire : Dorsal inférieur. D₁₂ au centre.

S'il s'agit d'un lichen cutané ancien ou filtre sur 10 à 20/10 mm. Al.

Dans les lichens buccaux, on filtre sur 20 à 30/10 mm. Al.

C'est donc bien un procédé de radiothérapie superficielle. La moelle ne peut pas être irradiée : le rayonnement, peu pénétrant, étant encore absorbé en partie par les apophyses épineuses, puisque l'ampoule est perpendiculaire au plan dorsal du malade.

En janvier 1925, Hudelo avait tenté de combiner les deux techniques. Il fit de la radiothérapie profonde, mais localisée aux 2 zones préconisées par Gouin (inter-scapulo-vertébrale et dorsale inférieure) qui répondent aux zones d'émergence des fibres sympathiques.

Chaque champ recevait 3 H filtrés sur 100/10 mm. Al. avec 24 EE. Incidence oblique, méthode bilatérale de Bordier. Les séances pouvant être répétées à 18 jours d'intervalle.

Si la radiothérapie vertébrale donne d'excellents résultats, elle présente aussi quelques inconvénients. Le mal des rayons, très rare, est généralement bé-

nin ; le malade se plaint de céphalée, de vertige, quelquefois de vomissements, mais tous ces troubles disparaissent rapidement. Hufschmitt d'une part, Hudelo d'autre part, ont signalé des accidents plus graves : deux de leurs malades ont fait, après une irradiation vertébrale pour l. p. local, un lichen plan généralisé à forme grave qui céda difficilement. Cedercreutz rapporte le cas d'une femme atteinte de l. p. des extrémités et de la bouche, chez laquelle on vit apparaître une éruption de l. p. sur la région irradiée, dorsale.

ACTINOTHÉRAPIE

L'usage des R. U. V. dans le traitement du lichen plan est plus récent et beaucoup moins répandu que celui des R. X.

L'actinothérapie fut considérée, au début, comme une méthode accessoire, agissant mécaniquement en provoquant la desquamation de la couche d'hyperkératose.

On employait alors la technique suivante :

1) Décapage des papules lichéniennes par une médication externe quelconque (pommade à l'acide salicylique, savon noir, bain, etc...)

2) Irradiations fortes. Dose érythémateuse amenant une desquamation assez prononcée. Le malade étant placé à 70 cm. de la lampe à vapeur de mercure, séance de 6' à 20' sur chaque champ (qui ne doit pas dépasser le $\frac{1}{4}$ de la superficie totale du corps). 3 séances par semaine. Série de 12 à 15 séances. L'in-

tervalle entre deux séries consécutives devant être d'au moins 1 mois $\frac{1}{2}$.

3) Après blanchiment, traitement d'entretien par séance hebdomadaire à dose faiblement érythémateuse.

Cette méthode a donné quelquefois d'assez bons résultats ; mais elle est longue, et, surtout, parfois très pénible (doses fortes). Le lichen des muqueuses est peu influencé ; il faudrait en traiter les éléments séparément avec une baguette de quartz.

Les malades dont nous rapportons les observations ont été traités de la manière suivante :

RADIOTHÉRAPIE : Ampoule à gaz donnant l'H. à la minute. EE. = 15 cm. Distance à la peau : 20 cm.

Irradiation localisée aux champs d'élection. Soit superficielle : 5 H. nus. ; soit profonde : de 4 à 8 H. sous des filtres de 10/10, 20/10, 30/10, 40/10 mm. Al.

Les séances pouvant être répétées à un intervalle d'un mois.

ACTINOTHÉRAPIE : Lampe à vapeur de mercure.

1^{re} séance : 60 cm. de la peau pendant 3'.

2^e séance : 60 cm. de la peau pendant 5'. Puis modification de la distance et du temps jusqu'à obtenir une dose érythémateuse.

Les premières séances : 2 fois par semaine ; ensuite 1 fois par semaine.

Il est nécessaire de faire 5 à 12 applications.

Observations

OBSERVATION I

C..., 47 ans, menuisier, vient consulter le 16 avril 1924, pour une éruption de papules brillantes, isolées, apparues il y a 1 mois sur le thorax, les flancs, les avant-bras, la face dorsale des mains, (où elles sont prurigineuses) et la verge. Lichen plan typique sur la face interne de la joue droite.

Une éruption analogue, il y a 2 ans, aurait persisté 3 mois, puis disparu spontanément.

16 avril : 3 H nus $\times$ 2 portes sur la région cervicale.

16 mai : pas d'amélioration sur le corps, mais le lichen buccal a presque complètement disparu.

2 H. nus $\times$ 2 portes sur la région sacrée.

13 juin : sur le tronc et les jambes affaissement des éléments papuleux, disparition complète des lésions de la joue et de la verge.

11 juillet : quelques nouveaux éléments sur les membres inférieurs.

3 H nus $\times$ 2 portes région cervico-dorsale.

3 H nus $\times$ 2 portes région sacrée.

7 septembre : 3 H. nus $\times$ 2 portes région cervico-dorsale.

7 novembre : les anciens éléments ont complètement disparu. Quelques nouvelles papules à la jambe gauche et aux avant-bras depuis 15 jours.

3 H 20/10 mm. Al. région bulbaire. 1 porte.

9 janvier 1926 : le malade est complètement guéri.
Guérison persistante le 13 février.

OBSERVATION II

E..., 19 ans, imprimeur. Petites papules brillantes, très prurigineuses sur les membres et la verge apparues il y a 2 mois. Lichen jugal. Large placard érythémato-squameux face interne du genou gauche.

Traité par la liqueur de Fowler pendant 10 jours, sans résultat.

26 octobre 1925 : 6 H 20/10 mm. Al. région bulbaire.

29 novembre : pas de changement.

6 H 20/10 mm. Al. région D 4 à D 12.

24 décembre : amélioration du prurit, affaïssement des éléments papuleux qui ont commencé à régresser 10 jours après la séance de radiothérapie.

6 H 30/10 mm. Al. région bulbaire.

16 janvier 1926 : seules persistent quelques papules sur les jambes. La disparition des éléments s'est faite de haut en bas.

OBSERVATION III

C..., 40 ans, instituteur.

Lichen plan de la verge. Lichen buccal (joues et langue), datant de 1 an.

4 mars 1925 : 2 H 30/10 mm. Al. × 2 portes région inter-scapulo vertébrale.

25 mars : diminution du placard lingual. Sur la verge, nouveaux éléments.

27 avril : 3 H 30/10 mm. Al $\times$ 2 portes, région cervicale.

28 mai : 3 H 20/10 mm. Al. $\times$ 2 portes, région inter-scapulo vertébrale.

25 juin : pas d'amélioration.

2 H nus 2 portes région cervicale.

2 H nus 2 portes région sacrée.

25 juillet 1925 : 4 H nus 2 portes région cervico-dorsale.

4 H nus 2 portes région sacrée.

12 mai 1927 : le malade revient, il dit que 10 jours après la séance de juillet 1925 toutes les lésions avaient disparu.

Depuis 3, 4 jours quelques éléments sur la langue.

4 H nus 2 portes, région inter-scapulo vertébrale.

2 juin 1927 : guérison, persistante le 7 juillet.

OBSERVATION IV

J. J..., 38 ans. Lichen plan généralisé datant de un an.

17 février 1925 : 4 H nus 2 portes, région inter-scapulo vertébrale.

14 mars : aucune amélioration. Prurit persistant, surtout au bras.

4 H nus 2 portes région cervicale.

28 mars : amélioration passagère, immédiatement après l'application. Actuellement même état qu'antérieurement. On fait une application locale sur les avant-bras, de 4 H, sans filtrer.

4 avril : diminution du prurit sur les avant-bras. Application locale 4 H nus, sur la région thoracique antérieure.

25 avril : amélioration très nette, des éléments irradiés directement, surtout.

3 H nus 2 portes région cervicale.

25 mai : papules sont disparues, il persiste une lichénification marquée, sur la poitrine. Irradiation locale (poitrine et avant-bras) 4 H 5/10 mm. Al.

20 juin : 2 H nus 2 portes, région cervico-dorsale.

18 juillet : très grosse amélioration, mais il persiste du prurit.

2 H nus 2 portes sur proéminente.

1^{er} août : forte poussée le lendemain de l'irradiation, qui s'est atténuée en 8 jours.

24 octobre : 3 H 10/10 mm. Al. sur la région bulbaire.

21 novembre : il ne persiste qu'un peu de lichénification entre les seins.

3 H 20/10 mm. Al. sur le bulbe.

19 décembre : complètement guérie.

OBSERVATION V

C. H..., 29 ans, cultivateur. Lichen plan lingual datant de 2 ans. Traité sans résultat par le novarsénobenzol (8 injections) et par la radiothérapie locale (3 séances).

29 septembre 1925 : 5 H 20/10 mm. Al. sur le bulbe, 2 portes.

31 octobre : légère amélioration.

5 H 20/10 mm. Al. 2 portes sur le bulbe.

28 novembre : diminution de l'épaisseur de la bande linguale, mais apparition de quelques éléments sur la joue gauche.

6 H 30/10 Al. en 1 porte sur le bulbe.

26 décembre : nettement amélioré, placard moins épais et moins blanc. Le malade dit qu'il en est ainsi depuis 15 ou 20 jours.

6 H 40/10 Al. 1 porte, sur le bulbe.

30 janvier : le malade se fait traiter, en ville, par le sulfarsénol.

L'amélioration a continué.

OBSERVATION VI

F..., 59 ans. Apparition il y a 1 an et demi de papules prurigineuses aux coudes et aux genoux. Actuellement éléments de lichen plan sur les membres inférieurs, les fesses et la région dorsale.

15 septembre 1926 : 12 H 20/10 mm. Al. proéminente, 1 porte.

On associe à la radiothérapie des applications de R. U. V., dose érythémateuse, sur les fesses et dans le dos. Applications de 5, 8, puis 10 minutes 2 fois par semaine.

16 octobre, cinq à six jours après la séance de rayons X le prurit a disparu, l'éruption s'est affaïssée, est devenue brunâtre surtout aux genoux et aux coudes.

Après les R. U. V. sur le dos et les fesses, grosse amélioration de ces 2 régions. Il persiste seulement un léger érythème avec pigmentation sans trace de papules. Persistent quelques éléments de lichen à la partie inférieure du dos.

12 H 20 / 10 proéminente.

On continue le traitement par les R. U. V. Le malade subit 4 applications de 5', 2 fois par semaine.

2 novembre : l'éruption a disparu des régions traitées aux R. U. V. Disparition aux genoux, 4 jours après la séance de radiothérapie.

Persistance d'un léger prurit.

11 décembre : après 4 nouvelles applications des R. U. V. le prurit a complètement disparu. Plus aucun élément papuleux. Guérison.

OBSERVATION VII

V. L..., couturière, 55 ans. Lichen plan généralisé datant de 5 ans.

21 juillet 1927 : 5 H nus. Reg. Inter. scap. vert.

8 août : affaissement général de l'éruption qui persiste cependant sur les avant-bras. On fait une application locale, 2 H nus sur chaque avant-bras, une seule fois. R. U. V. sur le dos, 2 fois par semaine, applications de 5, 8, puis 10'.

13 septembre : disparition des papules sur le dos, région traitée. Par ailleurs, pas de changement.

R. U. V. sur le thorax et les bras.

1^{er} décembre : la malade a subi 20 applications de 7' R. U. V. Amélioration très marquée, surtout aux avant-bras qui ont desquamé.

Papules et lichénification presque complètement disparues.

15 janvier 1928 : la malade revient guérie.

OBSERVATION VIII

C... L..., 29 ans, couturière. Lichen plan ayant débuté, il y a 4 mois, aux avant-bras, puis lésions de la nuque consécutives, enfin envahissement de tout le corps. Les plaques les plus anciennes sont pigmentées et lichénifiées. *Le prurit est insupportable*, traité par l'auto-hémothérapie, sans résultat.

30 juillet 1927 :

5 H. nus rég. inter-scap. vert.

5 H. 10/10 mm. Al. rég. lombaire.

6 août : Le prurit a cessé. Les lésions sont très affaîsées. La malade ne revient pas.

OBSERVATION IX

M. C..., 27 ans, vient consulter pour des lésions cutanées apparues il y a 3 mois. Papules typiques de lichen plan au niveau de la ceinture et sous les aisselles. Prurit intense.

14 mai 1928 :

5 H. nus. 2 portes.

Rég. inter-scap. vert.

R. U. V. 2 fois/semaine. 2 appl. de 6'.

3 juillet : L'éruption est très atténuée, il persiste de la pigmentation. Plus de différence sur le thorax entre les régions irradiées par les R. U. V. et celles qui ne l'ont pas été, quelques papules sur les bras.

R. U. V. sur les bras.

25 décembre : après 30 applications de R. U. V. de 10'.
Disparition de tous les éléments papuleux.

OBSERVATION X

D... S..., âgée de 54 ans, vient consulter, en mars 1928, pour des lésions de la face interne des cuisses apparues il y a 2 mois, remontant actuellement jusqu'à la partie inférieure de la région dorsale.

Il s'agit d'un lichen ruber.

R. U. V. 2 fois par semaine.

1^{er} mois : 2 applications de 6'.

2^e mois : 3 applications de 8'.

3^e mois : 4 applications de 8'.

4^e mois : 5 applications de 10'.

7 juin 1928 : papules et prurit très diminués. On continue le traitement par les R. U. V.

7 juillet 1928 : état stationnaire.

5 H. nus : 2 portes.

Région lombaire.

25 septembre : Il persiste un peu de lichénification aux jambes.

Nouvelles applications de R. U. V., l'amélioration continue.

OBSERVATION XI

P. B..., âgée de 37 ans. Vient pour une éruption de la face interne des cuisses datant de plusieurs années. Elle s'est soignée par des applications de pommade au goudron, ichtyol, etc., sans aucun résultat. A l'examen, on constate la présence de larges placards saillants, rosés, occupant la face interne des cuisses et le périnée. A la limite des placards, petites papules brillantes de lichen plan. Prurit intense.

18 août 1928 : on fait une application de 3 H, sans filtre, sur la région sacrée.

4 septembre : pas de changement, on institue alors un traitement par les R. U. V.

Après 12 applications de 8' à trois jours d'intervalle, le prurit a complètement disparu.

Après 10 autres applications, les lésions, très affaissées, sont presque invisibles. La malade ne revient pas.

OBSERVATION XII

B. F..., âgé de 48 ans, épicier. Il y a 7 mois, apparition de taches pigmentaires sur les membres supérieurs.

Actuellement, éruption papuleuse, généralisée, sauf à la face, aux mains et aux pieds. Prurit très marqué aux jambes, surtout où les papules sont plus épaisses.

23 octobre 1928 :

2 H. nus sur la région inter scapulo-vertébrale.

R. U. V. : 5 séances de 4 applications de 5, 6, puis 8'.

8 décembre : Amélioration nette. Quelques papules sur les membres. Prurit persistant aux jambes.

On continue le traitement par les R. U. V.

5 janvier : Après 15 applications R. U. V., le malade ne présente plus que quelques éléments légèrement papuleux aux membres inférieurs.

OBSERVATION XIII

B... J..., âgée de 42 ans, ménagère. Plaque de névrodermite au genou droit datant de plusieurs années. Depuis 2 mois, apparition à la face interne des cuisses, aux aisselles, aux avant-bras, d'éléments lichénoïdes. L'éruption aurait été précédée d'un prurit très intense qui persiste actuellement. Pas de lésion buccale.

10 novembre 1928 :

2 H nus, centrés sur la proéminente.

R. U. V. : 2 applications, 2 fois par semaine de 6'.

15 décembre : le prurit a disparu, mais éruption de nouveaux éléments sur la région dorsale.

5 H 20/10 mm. centrés sur la proéminente.

2 février : A été traitée régulièrement par les R. U. V.

Les papules ont disparu sur les membres supérieurs et sont très atténuées sur le corps.

5 H 20/10 mm. Al centrés sur la V^e lombaire.

L'amélioration continue.

OBSERVATION XIV

S. V..., âgé de 31 ans, électricien.

Vient consulter pour une éruption de papules rouges, brillantes, sur le tronc, les organes génitaux (scrotum

surtout), la face antérieure des poignets. Piqueté blanchâtre à la face interne des joues et sur la langue.

Début il y a 15 jours.

27 décembre 1928 :

5 H nus, 2 portes sur la région inter-scap.-vertéb.

R. U. V. : 2 applications de 5' tous les 3 jours.

15 janvier 1929 : Les régions traitées aux R. U. V. (abdomen) sont moins papuleuses et le prurit a disparu. Par contre, la verge est très prurigineuse.

R. U. V. sur la verge et le scrotum.

2 février : on ne voit actuellement aucune papule. Guérison.

OBSERVATION XV

A... M..., âgé de 25 ans. Lichen plan, ayant débuté il y a 6 semaines par des papules typiques à la face antérieure des poignets. Extension rapide aux membres supérieurs. Traité par la liqueur de Fowler, sans aucun résultat. Prurit violent.

18 mai 1926 : 12 H 30/10 mm. Al. en 2 portes sur le bulbe.

19 juin : légère amélioration au bras droit.

12 H. 30/10 mm. Al en 2 portes sur le bulbe.

30 avril 1927 : la malade revient, elle dit que l'éruption avait disparu 1 mois après la séance de radiothérapie de juin. Elle présente, actuellement, de l'eczéma lichénifié des mains et des avant-bras.

4 juillet 1927 : Quelques papules de lichen plan sur les bras.

5 H nus, 2 portes région inter-scap. verteb.

2 août : les papules brillantes ont disparu. Prurit persistant.

5 H nus 2 portes rég. inter-scap. verteb.

31 novembre : on revoit le malade, guérie.

OBERVATION XVI

P..., âgé de 27 ans, employé.

Lichen plan lingual. Large placard blanc, très épais sur le bord gauche de la langue; apparu il y a 3 mois, à la suite de soins dentaires, dit le malade.

24 novembre 1925 : 6 H 40/10 mm. Al. sur la région bulbaire.

On renouvelle cette application le 29 décembre, sans résultat appréciable, mais, après une application le 2 février de 6 H filtrés sur 2 mm. d'aluminium $\times$ 2 portes sur la région bulbaire, le malade est très amélioré.

Le 2 mars et le 3 avril, à nouveau, 6 H 30/10 mm. Al $\times$ 2 portes sur la région bulbaire.

On revoit le malade, le 5 mai, complètement guéri.

OBSERVATION XVII

D... J..., cimentier, 54 ans. Lichen plan des avant-bras et des membres inférieurs datant de 3 mois, extrêmement prurigineux.

Aurait fait une éruption analogue, 4 ans auparavant, guérie par un traitement externe, pommade (p).

On le traite par les R. X., application de 6 H 30/10 mm. Al. en 2 parties sur la région bulbaire, répétée tous les mois.

Après la 2^e séance, le prurit a disparu, les papules persistent.

Elles disparaissent après la 4^e application.

Le 23 septembre : nouvelles papules sur les jambes.

10 H 30/10 mm. Al. en 2 portes sur la région lombosacrée.

26 octobre : diminution nette des éléments papuleux.

6 H 30/10 mm. Al. centrés sur D12.

Le 4 décembre et le 11 janvier : 6 H 30/10 mm. Al. sur D12.

22 mars : pas de nouveaux éléments. Aux jambes; un peu de lichénification sans prurit.

OBSERVATION XVIII

D... M..., manoeuvre, âgé de 27 ans.

Lichen plan des avant-bras et de la verge, datant de 2 mois. Prurit d'intensité moyenne, nocturne surtout.

Le 26 septembre : 6 H filtrés sur 1 mm. d'aluminium, en 2 portes sur la région bulbaire, sans résultat.

28 octobre : 6 H 20/10 mm. Al. rég. bulbaire en 2 portes.

28 novembre : éléments pâlis aux avant-bras, disparus à la verge. Depuis 15 jours, plus de prurit.

OBSERVATION XIX

A... G..., 27 ans, vient consulter pour une éruption de papules brillantes, violacées, siégeant à la nuque et au bras droit où elles confluent en placards lichénifiés. Début il y a 4 mois.

Traité par la liqueur de Fowler et 2 injections de novor (6 gr. 30 et 6 gr. 45) qui ont amené une très légère amélioration.

R. U. V. : 3 applications 2 fois par semaine de S' (15 mars).

12 mai 1928 : Prurit très diminué ; éléments moins papuleux.

On continue le traitement.

23 juin : prurit complètement disparu. Il ne persiste que quelques macules brunes sur la nuque et le bras.

OBSERVATION XX

L... H..., 51 ans. Lichen plan datant de 2 mois, siégeant sur le tronc. Prurit considérable, surtout vulvaire et anale (on ne constate la présence d'aucune papule lichénoïde sur ces régions).

R. U. V. dose érythémateuse forte.

21 janvier 28 : après 8 applications de 8', on constate : diminution très nette des papules, sur le dos et les bras. Pas de changement sur l'abdomen qui n'a pas été traité.

R. U. V. généraux.

28 février : après un mois de traitement régulier. Guérison.

OBSERVATION XXI

D... A..., mécanicienne, âgée de 23 ans.

Lichen plan généralisé datant de 2 mois. Pas de prurit.

R. U. V. en bains généraux (on ne traite pas les membres inférieurs).

3 applications par semaine de 5', 8', 10', puis 12' les deux derniers mois. Au 4^e mois : guérison.

Les papules persistent sur les membres inférieurs non traités.

Application de R. U. V. sur les cuisses. Guérison après 3 mois de traitement.

OBSERVATION XXII

C..., charcutier, âgé de 26 ans.

Papules de lichen plan, caractéristiques, disséminées sur le tronc, les membres, les organes génitaux. Pas de prurit, pas de lichen buccal.

Début il y a 3 semaines.

R. U. V. généraux.

Après 20 applications de 6', amélioration très nette : papules affaissées, brunâtres.

Après 10 autres applications, il ne persiste que des macules peu pigmentées.

OBSERVATION XXIII

J. C..., fleuriste, âgée de 49 ans.

Lichen plan des membres supérieurs datant de 10 mois. Actuellement larges placards *très lichénifiés* sur les avant-bras, avec quelques papules isolées. Prurit d'intensité moyenne.

Traitée pendant 4 mois par les R. U. V., 2 applications 3 fois par semaine de 6, 8, puis 10'. Guérison.

Pathogénie

La pathogénie du lichen plan, très obscure jusqu'ici, semble s'être un peu éclaircie du fait des notions nouvelles apportées par les bons résultats de la radio et de l'actinothérapie.

Nous passerons rapidement en revue les différentes hypothèses envisagées pour expliquer son étiologie.

Pour certains, le lichen plan n'est qu'une réaction cutanée toxiniennne. *L'intoxication* pouvant être d'origine exogène ou endogène. Dans le premier cas, on cite comme preuve, la fréquence des éruptions lichénoïdes au cours du traitement sanocrysinique ; les lichens plans, consécutifs au traitement par les arsénobenzols, qui seraient, d'après Du Bois, des manifestations toxiniennes types. Dans le second cas il faudrait rechercher l'origine de l'intoxication dans des troubles gastro-intestinaux. Le lichen buccal, témoin de ces troubles, disparaîtrait sous l'influence d'un régime de Guelpa. On cite encore, à l'appui de cette thèse, l'existence de lichens plans familiaux coïncidant avec des troubles gastro-intestinaux familiaux.

Ce sont là des faits rares, imprécis, insuffisants

pour étayer la théorie de l'origine toxique du lichen plan.

La théorie parasitaire ou microbienne semble plus légitime. Elle se base sur les faits suivants : les cas de contagion apparente et de lichens plans familiaux, consanguins ou conjugaux. L'intervention, pour Bary, d'insectes piqueurs, et l'existence facile à mettre en évidence dans ce cas, d'une plaque initiale (très contestée, d'ailleurs) ou d'un foyer de petites papules demeurant isolées un certain temps avant la dissémination. Certaines formes de lichen ruber généralisé, évoluent comme une maladie infectieuse avec hyperthermie, prostration, albuminurie, adénites concomitantes, et terminaison fatale. D'autre part, les variations du nombre des cas de L. P. dans une même contrée, les recrudescences à époque déterminée, ont pu faire prononcer le mot d'épidémie.

En plus de ces preuves tirées de l'aspect et de l'évolution du L. P., les partisans de la théorie parasitaire, ont mis en avant un fait qu'ils déclarent décisif : l'action thérapeutique favorable de l'arsenic qui agirait ici sur le parasite inconnu comme il agit sur le tréponème, spécifiquement. Il est difficile alors d'expliquer l'action de la radiothérapie, certainement pas anti-parasitaire. Il faut admettre que les deux traitements agissent sur un système intermédiaire. Enfin, Pautrier a démontré, en partie, l'inexistence d'un agent transmissible dans la lésion du lichen plan. Il a inoculé des individus avec du sé-

rum physiologique dans lequel il avait broyé une papule de L. P. ; il n'a constaté que l'apparition d'une rougeur banale au point inoculé, disparaissant en 24 heures, parfois même aucune réaction.

Certains auteurs admettent, avec Samberger, que le lichen est une *maladie diathésique*. Chez les lichéniens, les cellules de l'épiderme destinées à la kératinisation auraient une vitalité intensifiée. Chez les sujets porteurs de cette diathèse, n'importe quelle affection cutanée, inflammatoire ou non, prend l'aspect dit : lichen — souvent c'est un eczéma qui est ainsi transformé (Samberger). Cette diathèse hyperkératosique est congénitale ou acquise. Dans ce dernier cas, elle dépendrait du fonctionnement d'organes à sécrétion interne (thymus, thyroïde, hypophyse). Pour Unna, elle est sous la dépendance d'un microbe réducteur qui favoriserait la kératinisation de l'épiderme.

On voit qu'il ne s'agit là que d'un échelon. La possibilité de l'existence d'une diathèse hyperkératosique ne suffit pas à expliquer l'étiologie du L. P., puisque la cause de cette diathèse reste imprécise.

On a voulu, aussi, faire du lichen plan une affection *d'origine nerveuse*. Le terme est vague. Tout ce que l'on peut dire, c'est que cette dermatose apparaît, dans la grande majorité des cas, chez des nerveux. Les lichéniens sont, pour la plupart, des instables, des anxieux ; ils présentent des insomnies, une inaptitude au travail intellectuel, une moindre résis-

fance aux fatigues physiques. Toutes choses qui, d'ailleurs, disparaissent souvent après la guérison de l'éruption. On a voulu rattacher ces troubles au prurit, mais ils existent fréquemment dans des formes non prurigineuses. Il semble que l'instabilité nerveuse soit plutôt la conséquence que la cause du lichen. Il y a, cependant, un assez grand nombre d'observations, dans la littérature médicale, relatives à des lichens plans survenus après un choc moral, une violente émotion. Ramel Romeg rapporte deux observations de lichen plan, après un choc affectif ou des troubles psychiques, guéri par un traitement psycho-analytique.

Deux arguments infirment cette thèse : les cas de lichen plan chez les nourrissons, le fait que l'on n'a pas constaté de recrudescence de cette affection pendant la guerre.

Si la notion du terrain névropathique doit être, en partie, abandonnée, il n'en reste pas moins vrai que le système nerveux joue certainement un rôle important dans la pathogénie du lichen plan. On connaît, en effet, les formes de lichen, dites zoniformes, dans lesquelles les papules se disposent en suivant plus ou moins la direction de nerfs ou est le système de lignes. Les guérisons obtenues par ponctions lombaires sont aussi en faveur de cette hypothèse. Cela pourrait peut-être même permettre de préciser la partie du système nerveux intéressée, si l'on admet, avec Margarot, que « la ponction lombaire peut être considérée comme un véritable test des réactions du système nerveux végétatif ».

Le rôle du sympathique dans la pathogénie du lichen plan pouvait donc déjà être soupçonné. Les succès de la radiothérapie et de l'actinothérapie ont apporté un appui considérable à cette thèse.

Il semble bien, en effet, que dans la radiothérapie vertébrale, ce soit l'irradiation sympathique et non pas médullaire qui soit efficace.

Dans la méthode de Gouïn, l'irradiation est évidemment superficielle. Avec une dose de 5 H nus à 16 cm. de la peau, on ne peut atteindre ni la moelle épinière, ni les cordons. Il est vraisemblable que l'on agit sur le sympathique thoracique. Et cela d'autant plus, que les zones d'élection (inter-scapulo-vertébrale et lombo-sacrée) correspondent aux régions d'émergence des fibres sympathiques. Celles qui sont destinées aux membres supérieurs sortent entre la 4^e et la 9^e dorsale. Les fibres pour l'abdomen et le thorax entre la 4^e dorsale et la 3^e lombaire. Les fibres du membre inférieur qui viennent de D. 12 et des trois premières lombaires, s'articulent dans les ganglions compris entre la 3^e lombaire et la 3^e sacrée.

D'autre part, avec la méthode superficielle (sympathique) les réactions sont immédiates, alors qu'elles sont tardives (12^e jour) avec la méthode profonde.

Enfin, si l'on admet l'origine médullaire du lichen plan, il est difficile d'expliquer les bons résultats que l'on a avec une irradiation superficielle. Au contraire, on peut expliquer les succès des deux

méthodes si l'on admet l'origine sympathique. Dans un cas (radiothérapie superficielle) on agit directement sur la cause ; dans l'autre (radiothérapie profonde) on a pu influencer des centres médullaires en rapport avec le sympathique, où quelques rayons, moins pénétrants ont pu toucher des rameaux blancs communicants.

L'actinothérapie agit-elle aussi sur le sympathique ?

La simple action exfoliatrice est insuffisante à expliquer les résultats obtenus qui dépassent de beaucoup ceux auxquels on arrive par l'emploi des décapants. Dans nombre de cas, d'ailleurs, on a peu ou pas de desquamation. D'autre part, les rayons ultraviolets, peu pénétrants, sont absorbés entièrement par la peau, tout se passe donc au niveau de celle-ci. Mais on sait les relations qui existent entre le système cutané et le système nerveux. Les applications étendues de R. U. V. se traduisent par des réactions générales marquées : tantôt, excitation, augmentation de la puissance de travail ; tantôt, au contraire, sensation de calme, parfois véritable asthénie. Ces réactions sont conditionnées par la dose du rayonnement, aussi et surtout par l'équilibre *neuro-végétatif du sujet* (Dufestel).

En outre, les manifestations locales (érythème actinique, pigmentation) sont sous la dépendance du système sympathique, dont le rôle apparaît ainsi primordial, dans le mécanisme de l'action des rayons U. V.

Peut-être ces radiations agissent-elles plus directement sur le lichen plan. En effet, Pautrier a démontré récemment la présence d'éléments nerveux dans la papule lichénienne. Ces éléments (cellules avec fibres) apparaissent, au début, dans le corps papillaire, en même temps que l'on constate une augmentation, dans l'épiderme des cellules de Merkel-Ranvier (cellules rattachables au système nerveux). Ce n'est qu'après cette néo-formation d'éléments nerveux qu'apparaissent la papule épidermique et l'infiltrat dermique. Puis les cellules de Merkel-Ranvier et de Langerhans (c. pigmentogènes) disparaissent progressivement dans l'épiderme. Mais dans l'infiltrat dermique on voit de nombreuses cellules et des fibres, quelquefois péri-vasculaires, qui paraissent, de place en place, se raccorder à des nerfs dermiques myélinisés.

Les Rayons ultra-violets, pigmentogènes, agissent vraisemblablement sur les cellules de Langerhans. Peut-on admettre qu'ils modifient la structure intime de la papule lichénienne ?

Ces éléments nerveux sont-ils isolés ou sont-ils rattachables au système central ? Il peut s'agir d'expansions périphériques d'origine centrale, ou de cellules analogues aux cellules placodiques. Des placodes, d'ailleurs, se détachent des neuro fibrilles centripètes qui se raccordent, probablement à des fibres nerveuses d'origine centrale. On peut donc, dans les deux cas, admettre une relation entre ces éléments nerveux, partie essentielle de la papule du

lichen plan, et le système central. Il n'y aurait d'isolées que les formations nerveuses groupées autour des vaisseaux qui formeraient un système autonome.

Que les rayons ultra-violets agissent directement sur les néoformations nerveuses dans la papule lichénienne, ou qu'ils influencent le sympathique par l'intermédiaire du système cutané, c'est toujours le système nerveux qui est intéressé. Et il semble bien que ce soit à des troubles du système neuro-végétatif qu'il faille rapporter l'étiologie du lichen plan. De quelle nature sont ces troubles ? Il est encore impossible de le préciser.

Conclusions

La radiothérapie vertébrale et l'actinothérapie réalisent, actuellement, le traitement physiothérapique le plus efficace du lichen plan.

La radiothérapie superficielle et limitée paraît devoir être préférée à la radiothérapie profonde, sur toute la colonne vertébrale. Elle semble donner les mêmes résultats thérapeutiques pour une dose de rayons moindre.

On peut admettre que les rayons X agissent sur le système sympathique.

On peut admettre que les rayons ultra-violets agissent sur le sympathique. Vraisemblablement par l'intermédiaire du système cutané. Peut-être même agissent-ils directement sur la papule lichénienne en modifiant les éléments nerveux, néo-formés, qui précèdent son apparition.

Le rôle du système nerveux dans la pathogénie du lichen plan paraît être primordial. En particulier, le rôle du système neuro-végétatif.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

CHARLETY.

Bibliographie

- DARIER. — Précis de dermatologie.
- BROCQ. — Précis atlas de pratique dermatologique.
— Cliniques dermatologiques.
- JEANSELME et BURNIER. — A propos du lichen plan. *Réunion Strasbourg*, 1927.
- HUDELO et RABUT. — Réflexions à propos de 108 cas de L. P. observés depuis le 1-1-1922. — *R. S.*, 1927.
- AUDRY. — L'acétylarsan, médicament spécifique du L. P. — *S. D.*, janvier 1927.
- HÜBSCHMANN. — Traitement du L. P. par les injections de Na Br. — *R. S.*, 1927.
- THIBIERGE et RAVAUT. — Influence de la P. L. sur le prurit du L. P. — *S. D.*, 1905.
- CARLE. — A propos du traitement externe du L. P. — *R. S.*, 1927.
- PAUTRIER. — Traitement du L. P. par la radiothérapie médullaire. — *R. S.*, 1924.
- HUFSCMITT. — A propos du traitement du L. P. par la radiothérapie de la moelle épinière. — *P. S.*, 1924.
- GOUIN. — Traitement du L. P. par la radiothérapie du sympathique. — *B. M.*, sept. 1924.
— *Id.* — *S. D.*, février 1925.
- GOUIN et BIENVENUE. — *Id.* *R. S.*, 1927.

- LOUSTE et LÉVY-FRAENKEL. — La radiothérapie dans le L. P. (Peut-on en tirer des conclusions pathogéniques). — *S. D.*, 1927.
- DÉRUAS. — valeur du traitement radiothérapique du L. P. — Thèse de Paris, 1926.
- DUFESTEL. — Ultra-violets et chaleur radiante.
- JUSTER et TCHIPROUT. — Traitement du L. P. par les rayons ultra-violets. — *S. D.*, 1928.
- BORY. — Le L. P. est-il contagieux et inoculable. — Congrès Dermatologie, Str. 1923.
- DU BOIS. — Théorie humorale du L. P., Discussion. — *R. S.*, 1927.
- RAMEL. — A propos de la pathogénie du L. P. — *R. S.*, 1927.
- KOGOG. — L'étiologie du L. P. — *R. S.*, 1927.
- CAILLIAU et HUDELO. — Le tissu réticulo-endothélial. — *Annales dermatologiques*, janvier, mars 1928.
- PAUTRIER et DISS. — Les lésions nerveuses au niveau de la papule du L. P. — *R. S.*, 1927.
- CEDERCREUTZ. — Local lichen planus caused by X. raying a lichen planus patient. Urologic and cutaneous review, janv., 1928.
- ORMEROD. — *B. J. of D. and S.*, p. 442, XII.
- HUDELO-LAPORTE-KOURILSKY. — L. P. généralisé aigu développé au cours d'un traitement radiothérapique radiculo-médullaire d'un L. P. discret. — *B. S. F. D.*, 15 janv. 1925.
- J. SAIDMAN. — La polyradiothérapie. Ses principes. Ses indications. — *Journal médic. franç.*, sept. 1925.
- LOUSTE. — *Journal médico-chirurgical*, 1926.

